FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

N° 113

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1903, à 1 heure

PAR

Fortuné CHRISTOPHLE

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES

LA VOIE NASO-MAXILLAIRE

DANS L'ABLATION DES

TUMEURS DU NASO-PHARYNX

(*Procédé de J.-L. Faure*)

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. TUFFIER, *Professeur.*
WALTHER, *Agrégé.*
MAUCLAIRE, *Agrégé.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses partie de l'enseignement medical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

(anciennement 36, rue Serpente.)

1903

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE
	CHANTEMESSE
	LANDOUZY.
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	TERRIER
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD
	BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agreges en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des travaux anatomiques)
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DESGREZ.		RICHAUD.	WURTZ
DUPRE.			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteur et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. FAURE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.
Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.
Chirurgien de la Charité.
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Le traitement des tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales, et en particulier des polypes naso-pharyngiens, est une des questions qui ont beaucoup préoccupé les chirurgiens. Les discussions mémorables qui eurent lieu, au siècle dernier, à la Société de Chirurgie de Paris, où d'illustres chirurgiens vinrent tour à tour, soit proposer un nouveau moyen, soit raconter un nouvel effort pour aller atteindre la tumeur, sont là pour l'attester.

Dès l'antiquité, on s'était préoccupé des moyens de détruire ces tumeurs.

La première idée qui vint naturellement à l'esprit des anciens fut d'attaquer les polypes par les voies naturelles, sans toucher aux parties molles ou au squelette avoisinant.

Les moyens qui furent mis en usage pour détruire la tumeur en utilisant les voies naturelles ont été appelés *méthodes simples*. Ces méthodes comprennent les différents procédés d'exérèse de la tumeur ; elles sont nom-

breuses et variées. Nous ne nous arrêterons pas à décrire ces moyens, leur étude n'entrant point dans le cadre de notre travail.

L'insuffisance des orifices naturels, l'impossibilité et aussi les dangers d'application de ces méthodes simples, amenèrent les chirurgiens à agrandir les voies naturelles ou à se créer une voie artificielle par des *opérations préliminaires*, c'est-à-dire par des opérations portant généralement sur des parties saines et destinées à faciliter l'accès de la tumeur, son extraction et la destruction complète de son point d'implantation.

Les différentes opérations préliminaires, employées par les chirurgiens pour arriver plus facilement sur l'implantation de la tumeur, sont classées de la façon suivante, en tenant compte de la région qu'elles intéressent :

1° *Voie palatine*, lorsqu'on s'ouvre une voie en faisant une ouverture plus ou moins large, à la voûte molle ou dure du palais ;

2° *Voie maxillaire*, lorsqu'on s'ouvre une voie en réséquant tout ou partie du maxillaire supérieur ;

3° *Voie nasale*, lorsqu'on se fraye une voie par le nez, en ouvrant les fosses nasales.

C'est par la combinaison de la voie nasale et de la voie maxillaire qu'on obtient la *voie naso-maxillaire* (1).

(1) Le terme naso-maxillaire a déjà été employé par le professeur *Jordan* qui, dans un article intitulé « *De l'extirpation*

Notre maître, M. le docteur J.-L. Faure, ayant eu l'occasion, à trois reprises différentes, d'aborder les tumeurs du naso-pharynx par un procédé particulier, a bien voulu nous confier ses observations et nous autoriser à les publier.

Dans ce travail, après un court historique des différentes méthodes opératoires, nous décrirons ce procédé qui est une combinaison de la voie maxillaire et de la voie nasale. Puis, nous tâcherons d'en faire ressortir les avantages et de montrer sa supériorité sur les différentes opérations préliminaires qui ont été proposées et exécutées pour l'extirpation des tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Notre travail sera divisé en quatre parties :

1° Considérations historiques et critiques sur les différentes opérations préliminaires employées dans l'ablation des tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales ;

2° Notions anatomiques sur la région des fosses nasales ;

3° Technique opératoire ;

4° Observations.

des fibromes de la base du crâne par une méthode nouvelle » (Munch. med. Woch. 1898, page 663), a décrit une opération consistant dans la combinaison de la résection temporaire du nez avec celle du maxillaire supérieur. Partant d'une incision suivant le sillon naso génien, cet auteur pratiqua la résection naso-maxillaire en deux lambeaux, le nez fut rabattu d'un côté et le maxillaire de l'autre,

Mais, avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre profonde reconnaissance à tous nos Maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté qui nous ont fait profiter de leur grande expérience et de leur brillant enseignement.

A Monsieur le docteur J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, qui nous a inspiré l'idée de ce travail, et pour les marques nombreuses de bienveillance qu'il nous a témoignées. Nous l'assurons de notre respectueux dévouement.

A Monsieur le docteur Barié, médecin de l'hôpital Laënnec, qui nous a initié à la science difficile des maladies du cœur, et a développé nos connaissances de médecine générale. Nous lui adressons tous nos remerciements.

A nos Maîtres, Messieurs les docteurs Champetier de Ribes, accoucheur de l'Hôtel-Dieu, Pierre Delbet, Legueu, Mauclaire, Thiéry, Sébileau, Morestin, chirurgiens des hôpitaux.

Que Monsieur le professeur Tillaux, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici le témoignage de notre gratitude et l'expression de nos sentiments respectueux.

HISTORIQUE (1)

Considérations critiques sur les différentes opérations préliminaires

Dans cet aperçu historique nous passerons en révue chacune des trois méthodes : voie palatine, voie maxillaire, voie nasale, en examinant rapidement les principaux procédés qu'elles comprennent. Nous essayerons de montrer les avantages et les inconvénients de chaque voie, et, par là, d'en fixer autant que possible la valeur.

I. — Voie palatine

I. — Au commencement du XVIII[e] siècle, un chirurgien d'Avignon, Manne (2), eut l'idée, le premier, d'inciser *le voile du palais*, sur la ligne médiane, pour faciliter l'extirpation d'un polype naso-pharyngien.

Comme il est généralement convenu que rien n'était

(1) La plupart des indications bibliographiques sur les auteurs anciens que nous avons reproduites dans le cours de ce travail, ont été prises dans les divers dictionnaires et ouvrages classiques.

(2) Manne. Dissertation curieuse au sujet d'un polype extraordinaire, etc. (Avignon 1717).

étranger aux anciens. ce procédé, suivant Velpeau (1), aurait été connu du temps d'Hippocrate.

Manne eut occasion d'appliquer trois fois son procédé. Dans l'opuscule (2) qu'il publia en 1747. il rappelle sa première opération et donne plus en détail les deux autres.

Depuis cette époque. plusieurs chirurgiens eurent recours à ce procédé. Nous citerons. J.-L. Petit (3). Morand (4), Nannoni (5). Ansiaux (6), Brulatour (7).

J.-L. Petit, puis Jobert de Lamballe (8) proposèrent d'inciser le voile du palais en deux endroits, des deux côtés de la luette.

En 1834, Dieffenbach (9 modifia la méthode de Manne : il prolongeait l'incision sur la voûte palatine même, mais laissait intact le bord libre du voile du palais.

Maisonneuve (10), en 1859, reprit le procédé de Dief-

(1) Velpeau. *Eléments de médecine opératoire* t. III, p. 597. (Paris 1839.)

(2) Manne. Observations de chir. au sujet d'un polype extraordinaire. (Avignon 1747)

(3) J.-L. Petit, in Garengeot, *Traité des opérations de chirurgie*, tome III, page 50. (Paris 1739).

(4) Morand. *Opuscules de chirurgie*, tome II, page 196. (Paris 1772.)

(5) Nessi. *Instituz di chirurgia*, tome II, page 228. (Venezia 1787.)

(6) Ansiaux, *Clin chir.*, tome VIII, page 137. (Liège 1816).

(7) Brulatour, *Gazette des hôpitaux*, 1830, tome III. page 93.

(8) Jobert de Lamballe, *Gazette hôpit.* 22 juillet 1858.

(9) Dieffenbach, *Chirurgische Erfahrungen* (Berlin 1834), (*Dritte und Vierte Abtheilung*, page 236) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* 7 octobre 1859.

(10) Maisonneuve, *Gazette hebdomadaire*, 2 et 10 septembre 1859.

fenbach sous le nom de « boutonnière palatine ». Foucher (1859), Huguier (1859), Bauchet (1862), employèrent cette méthode.

Mais cette boutonnière remplit d'ordinaire fort mal le but que se propose le chirurgien à cause de son étroitesse et du peu de jour qu'elle donne.

En 1879, E. Bœckel (1), (de Strasbourg), conseilla de substituer à l'incision longitudinale, une incision transversale. La fente ainsi créée donnerait plus de jour que la boutonnière staphyline de Dieffenbach, et, d'après Monod et Vanverts (2), elle en donnerait moins que l'incision longitudinale. Mais, elle aurait l'avantage de pouvoir se cicatriser spontanément, et, en tout cas, se prêterait plus facilement que l'incision longitudinale à une opération réparatrice.

II. — Cependant, bien avant l'opération de Bœckel, les chirurgiens avaient reconnu à toutes ces opérations portant sur les parties molles, — section du voile sur la ligne médiane. boutonnière staphyline de Dieffenbach, — un grand inconvénient : c'est que le champ opératoire mis à découvert est trop limité, et la voie ainsi créée le plus souvent insuffisante.

Aussi chercha-t-on à agrandir la voie en pratiquant *des sections osseuses*.

En 1843, un chirurgien de Dorpat, Adelmann (3), eut

(1) Bœckel, *Bulletin Société Chirurgie* 1879, p. 720

(2) Monod et Vanverts, *Traité de technique opératoire*, tome I, page 793.

(3) Adelmann, *Untersuchungen über krankhafte Zustande der Oberkieferhole*, Dorpat und Leipzig 1844.

occasion d'enlever un polype naso-pharyngien qui avait déterminé une perforation de la voûte palatine. L'ouverture osseuse ainsi produite, — agrandie par une incision du voile du palais, — fut utilisée pour arriver jusqu'à la tumeur.

Mais c'est Nélaton (1) qui, le premier, en 1848 créa la vraie méthode palatine osseuse.

Pour obtenir une voie plus large, il ajoutait à l'incision longitudinale de Manne une résection partielle de la voûte osseuse.

Richard (2) et Botrel (3), élèves de Nélaton, modifièrent le procédé : le premier laissait intact le voile du palais et ne pratiquait que la résection partielle de la voûte palatine ; le second ne divisait le voile qu'en partie, respectant le bord libre, c'est-à-dire qu'il combinait la boutonnière staphyline et la résection de la voûte osseuse.

En Allemagne, Gussenbauer reprit le procédé de Nélaton : mais il réséquait toute la voûte palatine laissant seul subsister le rebord alvéolaire, et faisait ensuite une autoplastie immédiate (4).

(1) Nélaton, *Bulletin Soc. chir.* 8 janvier 1849, et *Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale*. 2e édit. Paris 1874, t. III, page 766.

(2) Beuf, Des polypes naso-pharyngiens de la base du crâne. *Thèse* Paris. 1857.

(3) Botrel, D'une opération nouvelle dirigée contre les polypes naso-pharyngiens. *Thèse* Paris.

(4) *in* Franz-Kœnig, *Traité de pathologie chirurgicale*, tome I, page 350, trad. franc. par Comte. Paris, 1888.

D'autres chirurgiens (1) enfin, ont proposé la résection totale, définitive ou temporaire, de la voûte osseuse, sans division du voile du palais.

Comme on le voit, les diverses opérations, dérivées de la méthode de Nélaton, portant sur la voûte palatine osseuse, se réduisent, en résumé, à la résection partielle ou totale de cette voûte osseuse, avec ou sans division des parties molles.

La voie palatine, ainsi comprise, offre le grand avantage, et les défenseurs de la méthode ont bien fait valoir cet argument, de ne point produire de déformation extérieure, de ne pas laisser de cicatrice apparente.

Toutefois, on a soulevé contre elle de sérieuses objections. On a dit que si la voie palatine peut rendre des services dans le cas de volume médiocre d'un polype naso-pharyngien, elle devient insuffisante, lorsque la tumeur est un peu volumineuse. L'opération serait quelquefois très laborieuse, et la brèche ainsi créée ne donnerait pas assez de jour, ne serait pas assez large ; de plus, les manœuvres opératoires, pour atteindre la tumeur naso-pharyngienne, seraient longues et difficiles à exécuter. Ajoutons que dans certains cas, chez les sujets qui présentent une voûte palatine fortement creusée, ogivale, la résection peut ne pas avoir un résultat utile. (Legouest) (2).

On a encore objecté qu'à la suite de l'opération, mal-

(1) Chalot. *Nouveaux éléments de chirurgie opératoire*, 2e édit., Paris, pages 278, 283. 284 ; Ricard et Launay, *Traité de thérapeutique chirurgicale*, pages 315. Paris 1903.

(2) Legouest. *Bulletin Société de Chirurgie*, 11 janvier 1860.

gré la reproduction partielle de la voûte osseuse, il resterait le plus souvent une perte de substance qui mettrait le malade dans la nécessité de porter un appareil prothétique obturateur. De plus, le voile ne serait pas toujours susceptible de restauration par la staphylorraphie, et la persistance de l'incision du voile membraneux aurait pour effet un nasillement fort désagréable et, conséquence plus fâcheuse, des troubles de la déglutition marqués par le passage des aliments et des boissons dans les fosses nasales.

En résumé, il semble résulter de ce qui précède, que l'opération de Nélaton, ne doit rester qu'une opération de nécessité, et que la voie palatine sera surtout employée dans les cas où la tumeur ayant perforé la voûte, la voie est toute tracée d'avance et, pour ainsi dire, toute faite. (cas d'Adelmann).

II. — Voie maxillaire

I. — La voie maxillaire, postérieure en date à la voie palatine, ne date guère que de la première moitié du XIX^e^ siècle.

En effet, un chirurgien écossais. Wately (1) signala,

(1) Wately, *Edinburgh Med. and surg. Journal*, 1805, in. Ch. Sarazin : appréciation de la valeur des résections osseuses (*Thèse* de concours. Strasbourg, 1863, page 162)

en 1805, le bénéfice que l'on pourrait tirer de l'ablation du maxillaire supérieur pour atteindre les polypes naso-pharyngiens.

Mais le premier qui ait pratiqué la résection du maxillaire supérieur, dans le but d'extirper un polype naso-pharyngien, fut Syme (1), (d'Edimbourg), qui, en 1832, exécuta cette opération, à peu près selon le procédé imaginé, en 1827, par Gensoul (2) (de Lyon). Son malade mourut presque subitemnt le lendemain. Le début dans cette voie ne semblait pas encourageant.

D'après Syme, Mott (3) aurait, à peu près à la même époque, pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur dans le même but.

Quelques années après l'opération de Syme, Flaubert (4) fils (de Rouen), en 1840, pratiqua, le premier en France, *la résection totale du maxillaire supérieur*, toujours dans le but d'enlever un polype naso-pharyngien. L'opération eut un plein succès.

A partir de cette époque, les résections totales ont été pratiquées un assez grand nombre de fois et les chirurgiens qui se sont frayés une voie vers l'arrière-cavité des fosses nasales en pratiquant l'ablation du maxillaire supérieur sont nombreux. Michaux (de Louvain), Robert, Nélaton, Guérin, Huguier, Maisonneuve, Verneuil, etc., ont répété cette opération, avec quelques va-

(1) Syme, *Edimb. Med and. surg. Journal.* Vol, XXXVIII p. 322

(2) Joseph Gensoul, Lettre chirurgicale sur quelques maladies de l'os maxillaire supérieur, (Lyon 1833), *in.* Terrier, Chirurgie de la face, (Paris 1897).

(3) Syme. *Loco citato.*

(4) Flaubert, *Arch. gén. de méd.* 3e série, t. VIII, p. 436. 1840

riantes quant au mode opératoire, mais d'après le même principe.

Nous n'avons pas à décrire ici la résection du maxillaire supérieur que l'on trouve minutieusement décrite dans les traités de médecine opératoire. D'ailleurs, depuis Gensoul et Syme, les divers procédés ont plutôt différé par les incisions cutanées que par la résection proprement dite.

Malgré la voie très large que crée la résection totale du maxillaire supérieur, malgré ses succès incontestables, cette opération n'en constitue pas moins une intervention des plus sérieuses, pouvant présenter de grands inconvénients.

II.— Aussi pour éviter les grands délabrements que produit l'ablation totale, a-t-on cherché à atteindre la tumeur du naso-pharynx par des sections osseuses moins étendues, par *la résection partielle du maxillaire supérieur*.

C'est Michaux (1) (de Louvain) qui, le premier, en 1843, proposa de substituer la résection partielle à la résection totale. Il ne fit seulement qu'indiquer l'opération, sans la mettre en pratique, son malade s'y étant refusé.

Depuis lors plusieurs chirurgiens, en particulier Bérard, Huguier, Maisonneuve, Demarquay, Guérin, Vallet, Péan, Trélat et bien d'autres encore eurent recours à ce genre d'opération.

Dans ce nouveau mode opératoire, on s'attaquait en général, soit à la partie supérieure du maxillaire, soit à la

(1) Michaux *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, Tome XII, 1852-53, page 340, séance du 26 février 1853.

partie inférieure, suivant que l'on voulait conserver le plateau palato-dentaire ou le plancher de l'orbite.

III. — Cependant on ne tarda pas reconnaître à la résection partielle, comme à la résection totale, de grands désavantages.

Pour obvier aux inconvénients qui résultent de ces résections définitives, pour éviter les déformations consécutives de la face, les chirurgiens pratiquèrent des opérations conservatrices, consistant : les unes en la *résection temporaire* du maxillaire supérieur, les autres en la *résection sous-périostée* de cet os.

L'idée ingénieuse de la résection temporaire du maxillaire supérieur appartient, sans conteste (1), à un chirurgien français, Huguier (2). En effet, ce chirurgien, d'abord en 1852, puis de nouveau en 1854, proposa la *résection temporaire partielle* du maxillaire supérieur, c'est-à-dire la mobilisation d'une portion de l'os recouvert des parties molles — sur un côté faisant charnière — et sa réintégration en sa place primitive, la tumeur une fois enlevée. Mais ce n'est qu'en 1860 (3) qu'il mit son idée à exécution : il détachait la moitié inférieure du maxillaire supérieur, c'est-à-dire le plateau palato-dentaire, et le luxait en bas, dans la bouche, le fragment d'os ne restant en rapport avec les tissus environnants que par l'intermédiaire des parties molles du palais ;

(1) Verneuil, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 30 mai 1866 et 23 juillet 1873, page 491.

(2) Huguier, *Bullet. Société de chirurgie*, 3 mars 1852, page 491 et 8 novembre 1854, page 478.

(3) Ibid, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 28 mai 1861 et *Gazette des hôpitaux*, 1861, page 337.

puis l'os était remis en place après extirpation de la tumeur.

Dézanneau (1) (d'Angers) en 1860, proposa un procédé, analogue à celui d'Huguier, mais avec une légère modification.

Langenbeck (2), en 1861, pratiqua une résection temporaire qui diffère de celle du chirurgien français en ce qu'il mobilisait la moitié supérieure du maxillaire supérieure, c'est-à-dire la région sous-orbitaire.

Dolbeau (3), en 1862, pratiqua l'opération de Dézanneau, déclarant qu'elle lui donna peu de jour.

Bœckel (4) (de Strasbourg modifia, en le perfectionnant, le procédé de Langenbeck.

Tous ces procédés n'intéressaient qu'une partie du maxillaire supérieur, c'est-à-dire étaient des procédés de résection partielle temporaire.

On alla plus loin. Peu après que Huguier eut fait connaître son procédé, J. Roux (5), (de Toulon), en 1861, décrivit un procédé de *résection temporaire totale*, qu'il n'exécuta pas, le malade s'étant absolument refusé à subir l'opération.

(1) Dezanneau, *Gazette des hôpitaux*, 1862, page 530 et *in* Goguel, *Thèse*, Paris 1875, page 44.

(2) Langenbeck, *Deutsche Klinik* 1861, n° 29 et *Médical Times*, 1861, II, page 255.

(3) Dolbeau. *Bul. Société de chir.* 1862, page 503. *Gazette des hôpitaux*, 1862, page 530.

(4) Bœckel. in Sédillot, *Traité de médecine opératoire*. 3e édit. Paris, 1865, t. I, page 485. in Monod et Vanverts. *Traité de technique opératoire*, tome I, page 155. Paris, 1902.

(5) Jules Roux. *Gazette des hôpitaux*, 30 juillet 1861, page 354.

Sédillot (1), en 1865, eut l'occasion d'employer un procédé analogue à celui de J. Roux, mais légèrement modifié ; malheureusement, le malade, pris de syncope à la fin de l'opération, succomba rapidement.

Ce n'est qu'en 1887 que Fontan (2), (de Toulon), reprit le procédé de J. Roux, et le mit en pratique sur le vivant. Il déclare que ce procédé lui donna une facilité et un jour presque aussi grands que la résection définitive.

Enfin Ollier (3), en 1863, désirant éviter les difformités qui peuvent résulter de l'ablation du maxillaire supérieur, érigea en méthode la résection du maxillaire avec conservation du périoste, c'est-à-dire la résection sous-périostée.

Le point nouveau ici n'était pas la connaissance de la possibilité de la reproduction osseuse par le périoste, car déjà Duhamel (4) avait publié ses recherches et formulé sa célèbre doctrine : « le périoste fait les os », mais bien l'application de ce point de physiologie à une méthode chirurgicale.

Les résultats cependant ne parurent pas supérieurs à la résection pure (5). Aussi le procédé d'Ollier ne semble pas avoir été pratiqué souvent depuis cette époque.

(1) Sédillot. *In* Servel, *Thèse de Montpellier* 1889.

(2) Fontan. Congrès français de chirurgie 1888, tome III. page 607.

(3) Ollier. *Gazette Médicale* de Lyon 1864. — *Bulletin Société de chirurgie*, 13 juillet 1864. — *Traité des résections*, tome III, page 773. Paris 1891.

(4) Sédillot. *Traité de médecine opératoire*. tome I, page 467, 3e édit. Paris 1865.

(5) Richet. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 13 juillet et 3 août 1864, pages 342 et 376, 21 janvier et 14 mars 1866.

Nous venons de passer rapidement en revue les différentes phases par lesquelles a passé la voie maxillaire.

Comme on le voit, cette méthode maxillaire a traversé trois périodes distinctes :

1° *Première période*, celle des résections totales, (Syme 1832), répondant aux opérations radicales et sérieuses ;

2° *Deuxième période*, celles des résections partielles (Michaux 1843), consistant en des opérations plus limitées, moins graves ;

3° *Troisième période*, celles des résections temporaires (Huguier 1852-60), opérations qui perdent leur caractère destructeur pour devenir conservatrices.

Examinons maintenant la valeur de chacune de ces méthodes maxillaires.

La résection totale offre l'avantage de créer une voie large, de permettre un large accès vers l'implantation de la tumeur. Mais, outre qu'elle expose beaucoup à l'hémorragie (1), on a reproché à cette opération de laisser après elle des infirmités plus ou moins considérables, une difformité (2) plus ou moins marquée et persistante. De

(1) Verneuil. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 12 avril 1893, page 262) a attiré l'attention sur l'abondance des hémorragies qui se produisent dans l'ablation du maxillaire supérieur. Il semble, disait-il, que ces hémorragies, portant sur l'extrémité céphalique, aient une gravité particulière. C'est un point sur lequel M. Pozzi a autrefois (Gazette hebdomadaire 1874, page 576 et Congrès de Lille 1874) appelé l'attention à propos d'un malade du service de Verneuil qui, le soir même de l'opération, succomba aux suites de l'hémorragie.

(2) « Il est un facteur dont il faut tenir compte dans l'appréciation de la difformité ultérieure, quand on opère chez de jeunes enfants : c'est le développement du maxillaire supérieur du côté sain

fait, le maxillaire supérieur, une fois enlevé, on peut observer l'aplatissement, l'enfoncement de la joue ; des cicatrices plus ou moins étendues et apparentes ; une paralysie plus ou moins complète de la face ; la chute ou la déviation du globe oculaire : une fistule lacrymale ; une large communication de la bouche et des fosses nasales, s'accompagnant de troubles fonctionnels portant sur la phonation et la déglutition. Nous devons ajouter cependant que ces inconvénients ont été partiellement atténués par la prothèse et par les perfectionnements successifs apportés à la résection du maxillaire supérieur (1).

La résection partielle présenterait à peu près les mêmes inconvénients, en partie diminués cependant. Mais l'opération elle-même serait plus pénible, plus difficile et il semble bien qu'elle n'ait pas avantageusement remplacé la résection totale.

Quant à la résection temporaire, elle serait excellente si le maxillaire supérieur conservait sa vitalité, mais, d'après les auteurs, presque toujours il se nécrose, entraînant à sa suite des fistules intarissables et des désordres graves ; le malade ne pourrait pas se servir de sa mâchoire et se trouverait ainsi dans de moins bonnes conditions que ceux qui ont un appareil prothétique (2) ;

qui augmente, dans des proportions énormes l'asymétrie de la face ». Verneuil (Bulletin de la Société de chirurgie, 12 avril 1893, page 300.)

(1) Berger. *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1886. et Tuffier. *Bulletin de la Société de chirurgie* 1894, p. 776.

(2) Desprès. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 31 janvier 1866, et *Gazette hebdomadaire*, 31 mai 1863.

enfin, on observerait également comme dans les résections définitives des cicatrices marquées et apparentes. Il semble donc que la résection temporaire n'ait pas constitué un procédé supérieur aux résections définitives, et l'on ajoute même (1) que l'opération serait plus longue et d'une exécution plus difficile que ces dernières ; la présence de l'os luxé gênerait beaucoup les manœuvres opératoires (2).

Enfin la méthode des résections sous-périostées du maxillaire n'aurait pas donné de résultats bien brillants. Le décollement du périoste compliquerait l'opération et augmenterait sa durée, le tout sans grande utilité (3), car, malgré la conservation absolue du périoste, on assisterait rarement à une régénération osseuse complète.

En résumé, de tout ce qui précède, il semble résulter que la résection du maxillaire supérieur, en tant qu'opération préliminaire, ne serait pas un procédé recommandable. Cependant, les discussions qui eurent lieu, en 1894 et en 1895, à la Société de chirurgie, discussions auxquelles prirent part MM. Berger (4), Kirmisson (5), Quénu (6), semblent avoir montré que la résection du maxillaire

(1) P. Tillaux, *Traité de Chirurgie clinique*, tome I, page 283. 5me édit. 1900.

(2) Ricard et Launay, *Traité de thérapeutique chirurgicale*, page 315. Paris 1903.

(3) Richet, *Bulletin de la Société de chirurgie* (13 juillét, 1864, page 342) et (3 août 1864, page 376) ; — 21 janvier et 14 mars 1866.

(4) Berger, *Bull. de la Société de chirurgie*, 2 janvier 1895, page 43.

(5) Kirmisson, *Bull. de la Société de chirurgie*, 2 janvier 1895, page 45.

(6) Quénu, *Bul. de la Société de chirurgie*, 28 novembre 1894, p. 811.

supérieur, pour l'ablation des tumeurs du naso-pharynx, peut, dans certains cas, devenir une nécessité opératoire comme par exemple, lorsqu'on a affaire à une tumeur énorme, d'un volume considérable et ayant poussé des prolongements dans toutes les directions (dans les diverses cavités de la face, dans la fosse zygomatique, dans l'orbite)

III. — Voie nasale

I. — L'idée d'atteindre les tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales, en agrandissant les ouvertures naturelles, est très ancienne.

Déjà, Hippocrate (1) aurait fendu les *parties molles du nez*, pour faciliter l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

Celse (2) aurait également pratiqué l'incision de l'aile du nez, dans le même but.

Plusieurs auteurs, Paul d'Egine (3), Guillaume de Sa-

(1) Hippocrate. Œuvres complètes, (trad. Littré) 1851. tome VII, livre II. pages 51, 53). *In* Terrier, *Chirurgie de la face*. Paris 1897, page 227.

(2) Celse. (de *Re medicâ*, lib. VIII, édit. Valart. Paris 1772). *In* Fouilloux, thèse de Paris 1858. page 12.

(3) Paul d'Egine. (Liv. VI, chap. 25) *in* Gosselin, *Thèse* de concours 1850, page 35.

licet (1). Purmann 2 parlent des tentatives de dilatation des narines qu'ils auraient faites, par divers moyens, pour atteindre les polypes naso-pharyngiens. Mais il ne semble pas que ces moyens aient été admis dans la pratique générale,

Plus tard, Guy de Chauliac (3), Fallope (4), Riolan (5), Eustache (de Béziers) (6), ont signalé l'incision des parties molles du nez, comme étant d'un usage général à leur époque.

Cette incision, au dire des auteurs, était faite ordinairement, de telle sorte que l'aile du nez était renversée sur la joue.

Garengeot (7), Heister (8), dans le but de masquer autant que possible la cicatrice, conseillèrent de faire l'incision au niveau du sillon naso-génien.

D'ailleurs, l'opération d'Hippocrate a subi diverses modifications en rapport avec les exigences de chaque cas particulier.

(1) Guillaume de Salicet. (*La Cyrurgie*, 1505, 1re *traictie*, ch. XVII. *In Terrier. Chirurgie de la face*, page 225.

(2) Purmann, in Sprengel. *Histoire de la médecine*, traduction française par Jourdan, t. VII, page 120. Paris 1815.

(3) Guy de Chauliac. (Grande chirurgie, 1611, traité IV. Chap. II, page 326) in Gosselin, *Thèse* de Concours 1850, page 38.

(4) Fallope. (*Opera omnia* 1606, page 98), in Gosselin, *Thèse* de Concours 1850, page 38.

(5) Riolan. (*Opera omnia*, page 449) in Gosselin, *Thèse* de Concours 1850, page 51.

(6) Verneuil. *Gazette hebdomadaire* 1860, 20 janvier, page 38.

(7) Garengeot. *Traité des opérations de chirurgie*, tome III, p. 35 et suiv. (Paris 1731). In Fouilloux, thèse de Paris, 1858, p. 11.

(8) Heister. (*General System of surgery, English transl*, tome II, page 137. London 1743) in Gosselin, *Thèse* de Concours 1850, page 52.

Ainsi Robertson (1), dans une circonstance particulière, fendit verticalement l'aile du nez dans son milieu, de manière à renverser un lambeau en avant et un autre en arrière.

Syme (2), dans un cas, fendit la lèvre supérieure, de haut en bas, à partir du milieu de la narine ; l'ouverture antérieure de la fosse nasale était ainsi mise largement à découvert.

Dupuytren (3), en 1830, indiqua un moyen de s'ouvrir une route plus large, toujours au travers des parties molles du nez.

Puis Roux (4), Giraldès (5), et d'autres encore, employèrent également la méthode d'Hippocrate plus ou moins modifiée.

Toutes ces incisions, sur les parties molles du nez, permettaient de découvrir plus ou moins facilement la tumeur naso-pharyngienne ; mais l'ouverture ainsi produite ne parut pas suffisante, elle ne donnait pas assez de jour.

On songea alors à agrandir la voie en faisant une incision sur la face dorsale du nez jusqu'à sa racine, puis on écartait, à droite et à gauche, les lèvres de la plaie et

(1) Robertson. (*Edimburg med. and surg. Journal.* vol. 27, page 44. 1827.) In Gosselin, *Thèse* de Concours 1850, page 52.

(2) Syme, *Annales de la chir. franc. et étrang.* tome VI, p. 224, 1842. in Gosselin, *thèse* de Concours, 1850, p. 52.

(3) Dupuytren, Journal *la Clinique. Annales de médecine universelle*, 1830, tome II, pages 174 et 179.

(4) Roux, in Baudrimont. *Thèse*, Paris, 1869, de la méthode nasale dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

(5) Giraldès, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 mai 1850.

même les os propres du nez. C'est ce que fit Verneuil. En 1860, à propos d'une opération faite par Velpeau (1), Verneuil (2), indiqua les grandes lignes d'un procédé qu'il n'exécuta qu'en 1868. Son procédé est connu sous le nom de « Rhinotomie médiane ».

Cette opération, reprise par Kœnig (3) de Göttingen) en 1888, ne donnait pas assez de jour ni d'espace.

II. — Depuis longtemps, les chirurgiens avaient reconnu que les opérations portant sur les parties molles du nez, étaient insuffisantes. Mais ce n'est guère que vers le milieu du siècle dernier que, pour obtenir une voie plus large, on chercha à agrandir l'ouverture des fosses nasales par des *sections osseuses définitives ou temporaires.*

Michaux (4) (de Louvain) le premier, en 1843, pratiqua, après incision des parties molles, la résection définitive de l'os nasal et d'une portion de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Huguier (5), en 1850, le suivit dans cette voie.

Chassaignac (6), en 1854, eut l'idée de détacher le nez latéralement pour le rabattre sur la joue du côté opposé.

(1) Velpeau, *Société anatomique*, février 1860, et *Gazette hebdomadaire* 1860, page 427.

(2) Verneuil, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1869.

() Kœnig. *Centralblatt für chir.*, 10 mars 1888, n° 10 et *Semaine médicale*, 1888, page 185.

() Michaux. *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, tome III, page 97 (1843-44) et tome XII, page 340 (1852-53).

(3) Huguier. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 9 mai 1850,

(4) Chassaignac. *Traité clinique et prat. des opérations chirurgicales*, tome II, page 448. Paris, 1862 ; et *Traité de l'écrasement linéaire*, 1856, page 427.

Il proposa de former un lambeau rectangulaire, ne tenant au reste de la face que par un seul côté, de récliner ce lambeau cutanéo-cartilagineux, tout d'une pièce sur la joue, et de réséquer ensuite les os propres du nez.

Ce procédé permettait ainsi d'ouvrir une voie nouvelle plus large pour aborder les polypes naso-pharyngiens ; mais son grand inconvénient, comme l'ont fait remarquer les auteurs, était de sacrifier les os propres du nez. Quoi qu'il en soit, à l'époque où l'opération de Chassaignac fut exécutée, elle réalisa un grand progrès dans la thérapeutique des polypes naso-pharyngiens.

D'autres auteurs enfin, apportèrent des modifications diverses à la méthode nasale.

Desprez (1), en 1857, décrivit un procédé consistant dans l'incision des parties molles du nez et la section du vomer.

Rampolla (2) et Palasciano (3), en 1857, exécutèrent, presque en même temps, un procédé qui consistait à perforer la paroi interne de la gouttière lacrymale formée par l'os unguis pour pénétrer dans l'intérieur des fosses nasales. Ce procédé, classé par Verneuil parmi les opérations nasales, est désigné sous le nom de méthode orbitaire.

(1) Desprez, *Des polypes naso-pharyngiens et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire. Thèse* de Paris. 1857.

(2) Rampolla. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1860, page 140.

(3) Palasciano. *Moniteur des Sciences*, 25 août 1860, page 393 ; et *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1860, page 372.

Demarquay (1), en 1862, enlevait l'apophyse montante du maxillaire supérieur, l'os unguis, l'os propre du nez et une légère portion de la paroi interne et antérieure du sinus.

Mathias-Duval (2), en 1869, décrivit un procédé, analogue à celui de Demarquay, sous le nom de procédé orbito-maxillaire.

Mais, dans tous ces procédés nasaux on pratiquait la résection définitive qui pouvait présenter des inconvénients.

III. — On se demanda alors s'il ne serait point préférable de détacher les os recouverts de leurs parties molles et de les replacer, après extirpation de la tumeur, c'est-à-dire de former un lambeau osseux avec sa couverture de parties molles, le mobiliser sur un côté faisant charnière et à le remettre en sa place primitive après ablation de la tumeur : en un mot de faire *une résection temporaire*.

C'est à Chassaignac (3) qu'appartient l'idée (4) première, de la résection temporaire des os propres du nez. En effet, en 1856, dans son « Traité de l'écrasement linéaire» après avoir décrit l'opération qu'il pratiqua en 1854, il ajoutait : « Il (le procédé n'entraîne que fort peu

1) Demarquay. *Gazette hebdomadaire* 29 août 1852, page 554, et *Bulletin de la Société de Chirurgie* 13 juillet 1864

(2) Mathias-Duval. Etude sur la valeur relative des procédés de section du maxillaire supérieur applicables à l'extraction des polypes nasauxet naso-pharyngiens. *Thèse* de Strasbourg, 1869

(3) Chassaignac, *Traité de l'écrasement linéaire*, 1856. page 427.

(4) Verneuil. *Bulletin de la Société de chirurgie* 23 juillet 1873, page 491

de difformité, mais cela ne sera complètement vrai que lorsqu'on aura soin de laisser adhérer au lambeau cutané l'auvent nasal formé par les os propres du nez ».

Quelques années après, en 1859, Langenbeck (1) pratiqua sa première résection temporaire. Après avoir incisé les parties molles, il coupait la base de l'apophyse montante, et relevait sur le front l'os propre du nez et cette apophyse sectionnée, unis seulement au frontal par un pont de périoste et de muqueuse qui assurait seul la nutrition de l'os. Après ablation de la tumeur le tout était remis en place primitive.

Puis Lawrence (2), en 1862, relevait sur le front, de bas en haut, tout le nez, parties molles et osseuses, détachées par une incision en fer à cheval, c'est-à-dire un lambeau ostéo-chondro-cutané, qu'il remettait en place après extirpation de la tumeur.

E. Bœckel (3, de Strasbourg), en 1863, ayant fait remarquer que Langenbeck avait eu tort de ne laisser que des adhérences périostées et muqueuses, au lieu de former un vrai lambeau ostéo-cutané, proposa et décrivit un procédé pour réaliser ce lambeau. Après incision des parties molles, il sciait le nez à sa racine et l'apophyse montante du maxillaire d'un côté, brisait et luxait l'autre apophyse au lieu de la scier, et le nez dans sa totalité était rabattu du côté sain. C'est le procédé de

(1) Langenbeck, *Deutsche Klinik*. N° 48, 1859, et *Gazette hebdomadaire*, 27 janvier 1860, page 50.

(2) Lawrence, *Medical Times and gaz*. 1862, vol. II, page 491.

(3) Bœckel, *in* O. Heyfelder, *Traité des résections*, trad. Bœckel 1863, pages 294 et suiv. et *in* Sédillot. *Traité de médecine opératoire*, tome I, page 486. Paris 1865.

Chassaignac transformé définitivement en résection temporaire.

Ce procédé, Bœckel en fit l'essai sur le cadavre. Il fut mis en pratique sur le vivant par Bruns (1) père (de Thubingue), en 1872, puis par Linhart et d'autres.

Ollier (2), en 1864, perfectionna la méthode des résections temporaires des os propres du nez. Il décrivit un procédé désigné sous le nom « d'ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez », consistant essentiellement en une incision des parties molles qui, partant de la partie élevée de l'aile du nez, remonte à sa racine et redescend symétriquement de l'autre côté. Les os du nez sont ensuite sectionnés, ce qui permet leur abaissement avec le lambeau en fer à cheval adhérant par sa base.

Citons enfin, les procédés de Legouest (3), en 1865 ; de Denucé (4), en 1867 ; de Tirifahy (5), en 1888 ; de Chaiot (6), en 1893 (ostéotomie unilatérale ou bilatérale à volets), etc., qui ne sont en somme que des variantes des procédés nasaux.

Comme on le voit, les principales opérations préliminaires portant sur la région nasale consistent, en résumé, à détacher le nez soit à sa racine, soit sur un de

(1) Bruns, Berlin. *Wochenschrift Klinik*, 1872. N° 12, page 1371.

(2) Ollier. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1866, page 263 ; et *Traité des résections*, tome III, page 813 (Paris, 1891).

(3) Legouest. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1865, 29 nov., *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1866, page 523.

(4) Denucé, in Baudrimont. *Thèse* de Paris, 1869. *De la méthode nasale dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.*

(5) Tirifahy. *Bulletin de l'Académie de médecine* de Belgique, 26 mai 1888, et *Semaine médicale*, 1888, page 227.

(6) Chalot. *Nouveaux éléments de chirurgie opératoire*, 2e édit., Paris, 1893, page 210.

ses côtés, soit à sa base et à associer à ce premier temps opératoire des résections définitives ou temporaires plus ou moins étendues des différentes parties du squelette des fosses nasales.

Nous voyons aussi que ce qui domine le plus dans ces opérations nasales, c'est le désir d'ouvrir le plus largement possible les fosses nasales.

Examinons maintenant les avantages et les inconvénients de ces procédés nasaux.

Parmi les avantages de la voie nasale, il en est un qui résulte du fait de pouvoir se compléter par les résections définitives ou temporaires des os voisins.

Un autre avantage, c'est d'être la voie la plus courte et la plus directe pour conduire dans le naso-pharynx. C'est là l'avis classique exprimé par les Maîtres contemporains En effet, M. le professeur Tillaux fait remarquer, que la voie la plus rationnelle et la plus directe pour arriver sur le point d'implantation des polypes naso-pharyngiens est la voie nasale, puisque l'apophyse basilaire est exactement située sur le prolongement de la cavité des fosses nasales, et que c'est de la face inférieure de cette apophyse que naissent, dans la majorité des cas, les polypes naso-pharyngiens (1).

Toutefois, on a soulevé contre la méthode nasale diverses objections.

On a fait remarquer que dans l'opération de Chassaignac, le nez étant sans charpente, il se produisait,

(1) P. Tillaux. *Traité d'anatomie topographique*, page 359 (11e édit., Paris, 1903) et *Traité de chirurgie clinique*, tome I, page 289 (5e édit., Paris, 1900).

quoi qu'en ait dit son auteur, une difformité désagréable, par suite de l'affaissement des parties molles, et une grande gêne de la respiration. Dans les opérations de Langenbeck et Lawrence, il y aurait à craindre de voir survenir la nécrose de l'os réséqué par suite du peu de largeur et du peu de vascularisation du pédicule qui les rattache au reste de la face. De plus, l'opération de Langenbeck donnerait peu de jour, elle serait longue et laborieuse. Celle de Bœckel aurait un avantage sur celle de Chassaignac, puisqu'il s'agit d'une résection temporaire ; mais elle est relativement longue à exécuter et il ne serait pas très facile de briser et luxer l'apophyse montante. Enfin, dans l'ostéotomie nasale d'Ollier, le lambeau étant largement nourri, on n'aurait pas à s'inquiéter de sa vitalité ; mais elle aurait l'inconvénient de laisser une cicatrice très apparente et disgracieuse encadrant le nez et lui donnant l'apparence d'un appareil de prothèse. La base du nez porterait même, dans certains cas, une cicatrice saillante et difforme (1).

Quant à la méthode de Rampolla, elle aurait l'avantage de ne pas produire de dégâts importants : on perfore seulement l'unguis. Mais la voie ainsi obtenue est très étroite et les manœuvres à exécuter sont par cela même très difficiles. Les chirurgiens ne l'adoptèrent pas. Ils ne furent, d'ailleurs, guère encouragés par le résultat final de l'opération. Rampolla pratiqua une fois ce procédé ; son malade succomba. Palasciano, eut deux récidives sur deux opérés. Enfin, Valette (de Lyon) eut son malade

(1) Calignon, *De l'extirpation des polypes nasc-pharyngiens. Thèse* de Lyon, 1879, page 46.

qui perdit l'œil à la suite d'un phlegmon consécutif à l'intervention.

Résumé. — D'après le programme que nous nous étions tracé au début de ce chapitre, nous venons de passer rapidement en revue chacune des voies palatine, maxillaire et nasale.

Nous avons essayé de montrer les avantages et les inconvénients de chacune de ces méthodes.

Nous avons pu voir, dans ce rapide examen :

a) Que la *voie palatine* n'entraînait aucune déformation extérieure, mais qu'elle ne donnait qu'une brèche peu large, souvent bien insuffisante, et qu'elle pouvait même entraîner des infirmités.

b Qu'avec la *voie nasale*, soit qu'on pratique la résection définitive, soit la résection temporaire, on obtient une ouverture assez large que l'on ne saurait comparer à celle nécessairement limitée que donne la voie palatine. De plus, bien que les cicatrices soient plus ou moins apparentes, elle aurait encore l'avantage, sur la voie palatine, de fournir un trajet plus direct.

c) Que la *voie maxillaire* produit de trop vastes délabrements, qu'elle peut même exposer à des hémorragies plus ou moins abondantes, et qu'elle laisse une difformité plus ou moins marquée, tous inconvénients qui la mettent en état d'infériorité sur les voies palatine et surtout nasale. Elle présenterait cependant l'avantage de donner un jour plus grand.

Enfin cet aperçu historique nous a montré combien ces opérations sont différentes et nombreuses, et qu'un grand

nombre de chirurgiens en renom se sont attachés à cette question du traitement des tumeurs du naso-pharynx.

Et maintenant, si nous considérons seulement le grand nombre d'opérations préliminaires qui ont été proposées et employées pour l'extirpation des tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales, il semble que le besoin d'un nouveau procédé ne se faisait nullement sentir et qu'on avait plutôt l'embarras du choix. Il n'en est rien cependant, et cette longue série d'opérations elle-même montre, malgré les efforts tentés par les opérateurs, combien est difficile la création d'une voie suffisante et directe permettant d'atteindre la tumeur à son siège profond. Aussi allons-nous décrire une nouvelle opération préliminaire — la voie naso-maxillaire — qui, sans présenter les inconvénients des procédés décrits précédemment, semble offrir le maximum d'avantages. Cette méthode est une combinaison des voies nasale et maxillaire. C'est un procédé nasal parce qu'il s'adresse à l'ouverture antérieure des fosses nasales et qu'il utilise leurs cavités ; c'est un procédé maxillaire parce qu'il nécessite la résection d'un fragment du maxillaire supérieur et utilise la cavité de son sinus.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES (1)

Nous avons vu que pour aborder les tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales on peut traverser soit la voûte palatine, soit la région nasale, soit le maxillaire supérieur.

Il nous reste maintenant à décrire le procédé qui fait l'objet de ce travail, procédé qui, nous le dirons, emprunte la voie des fosses nasales agrandie par l'incision des parties molles, par l'ablation d'une partie de la paroi externe des fosses nasales et au besoin de la portion postérieure de la cloison nasale. Mais pour rendre plus compréhensible la valeur de ce procédé naso-maxillaire, nous ferons précéder sa description de quelques considérations anatomiques sur la région des fosses nasales. Cela permettra de mieux juger le procédé, au point de vue de la facilité qu'il donne pour arriver jusque sur la la tumeur naso-pharyngienne.

(1) Pour la rédaction de ce chapitre nous avons largement puisé dans les auteurs classiques et en particulier dans le *Traité d'anatomie topographique* de Tillaux, 11e édit., 1903.

On divise les fosses nasales en trois parties qui sont, en allant d'avant en arrière :

1° Les narines ;

2° Les fosses nasales proprement dites ;

3° L'arrière-cavité des fosses nasales ou naso-pharynx.

1. — Narines.

Les narines, qu'on désigne encore, en raison de leur situation, sous le nom de vestibule des fosses nasales, occupent la partie la plus antérieure de ces cavités.

Elles offrent deux orifices inférieurs qui se trouvent à la base du nez. Quant aux orifices supérieurs ils se confondent avec les ouvertures antérieures des fosses nasales.

Dans son ensemble, le nez constitue une pyramide ostéo cartilagineuse de forme triangulaire a base inférieure. Sa charpente est constituée par des os et des cartilages. Les os, qui se trouvent en haut, sont les deux os propres du nez, fortement soudés entre eux sur la ligne médiane. Ils sont unis au frontal et s'articulent par une lame mince avec les apophyses montantes des maxillaires supérieures.

Quant aux cartilages, ils comprennent : les deux cartilages latéraux supérieurs triangulaires, reliés au bord inférieur des os propres du nez et à l'apophyse montante du maxillaire supérieur ainsi qu'au cartilage de la cloison en avant ; en bas, les deux cartilages latéraux inférieurs

unis aux supérieurs par l'intermédiaire de tissu fibreux. Les cartilages inférieurs contribuent à la formation partielle des parois interne et externe du nez.

Extérieurement, le nez est en rapport, en dehors, avec la joue dont il est séparé par le sillon naso-génien ; en bas, il est en rapport avec la lèvre supérieure dont il est séparé par le sillon naso-labial.

C'est au niveau du sillon naso-génien que porte l'incision cutanée du procédé naso-maxillaire. Grâce à cette incision on détache aussi la narine des parties osseuses.

2. — Fosses nasales proprement dites.

Les fosses nasales sont deux cavités anfractueuses, creusées au centre de la face et situées au dessous du crâne, au dessous et en dedans des cavités orbitaires, au dessus de la voûte palatine et entre les deux sinus maxillaires.

Ces deux cavités ressemblent à deux longs couloirs, dirigés d'avant en arrière, aplatis transversalement et un peu plus larges en bas qu'en haut. Elles s'ouvrent, d'une part, à l'extérieur par l'intermédiaire des narines, et d'autre part, dans le pharynx nasal par deux orifices appelés choanes.

Chacune des fosses nasales présente à considérer deux ouvertures : une antérieure et une postérieure, et quatre parois : la paroi supérieure ou voûte, la

paroi inférieure ou plancher nasal et deux parois latérales, l'une interne et l'autre externe.

Nous donnerons une description rapide de ces quatre parois, en insistant de préférence sur les parois interne et surtout externe. Elles sont, en effet, au point de vue qui nous occupe, les plus intéressantes à connaître.

Nous commencerons d'abord par dire quelques mots des orifices antérieurs et postérieurs des fosses nasales.

a) *Les orifices antérieurs* offrent ensemble la forme d'un cœur de carte à jouer séparé en deux par la cloison nasale médiane. Ils sont circonscrits par les deux maxillaires et les deux os propres du nez.

b) Quant aux *orifices postérieurs*, chacun d'eux débouche dans l'arrière-cavité des fosses nasales et présente la forme d'un quadrilatère aux angles arrondis, plus allongés dans le sens vertical que dans le sens horizontal. La hauteur ou diamètre vertical mesure, chez l'adulte, de deux à deux centimètres et demi environ, tandis que la largeur ou diamètre horizontal n'en mesure guère que la moitié. Ces deux orifices, séparés l'un de l'autre par le bord postérieur du vomer, sont limités en dehors par l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, en haut par le corps du sphénoïde, doublé à sa partie interne de l'aile du vomer, en bas par le bord postérieur de la portion horizontale du palatin, en dedans par le bord postérieur de la cloison nasale. C'est par la section du bord postérieur de cette cloison que l'ouverture nasale postérieure est agrandie pour donner un champ plus large et un jour plus grand aux manœuvres opératoires dans le naso-pharynx.

c) La voûte ou *paroi supérieure* des fosses nasales offre l'aspect d'une longue gouttière à direction antéro-postérieure. Elle est oblique de haut en bas et d'arrière en avant à sa partie antérieure, formée par la face postérieure des os propres du nez et la partie inférieure de l'épine nasale du frontal. Elle devient presque horizontale à sa partie moyenne où elle répond à la lame criblée de l'ethmoïde, partie très mince et la plus fragile de la base du crâne. C'est la région la plus élevée de la voûte et la plus étroite des fosses nasales. Ensuite elle se porte presque verticalement en bas dans sa partie postérieure constituée par la face antérieure du corps du sphénoïde. Enfin elle descend très obliquement en bas et en arrière dans sa dernière portion formée par le corps du sphénoïde.

d) Le plancher nasal ou *paroi inférieure* est légèrement incliné de haut en bas et d'avant en arrière. C'est la partie la plus large des fosses nasales et ne mesure cependant pas plus de quinze millimètres de largeur en moyenne sur une longueur moyenne de cinq centimètres. Cette paroi forme la face supérieure de la voûte palatine, constituée dans les deux tiers antérieurs par l'apophyse palatine du maxillaire supérieur et dans le tiers postérieur par la lame horizontale de l'os palatin continué par le voile du palais. C'est la plus solide et la plus résistante des parois des fosses nasales.

e) La *paroi interne* offre une certaine importance. Elle est formée par la cloison médiane des fosses nasales, lame ostéo-cartilagineuse, verticale, constituée par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde en haut, le vomer

en bas, laissant entre eux, en avant, une large échancrure remplie par le cartilage de la cloison.

f) La *paroi externe* est de beaucoup la plus compliquée et la plus importante. Cette paroi, étendue de la voûte au plancher, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, est remarquable par sa surface irrégulière présentant des saillies ou lamelles osseuses, contournées sur elles-mêmes, appelées cornets, et des dépressions auxquelles on a donné le nom de méats. Les os qui contribuent à la former sont : le maxillaire supérieur, l'os unguis, l'ethmoïde, la portion verticale du palatin, le cornet inférieur et le sphénoïde.

Les cornets sont au nombre de trois, le cornet supérieur qui fait un léger relief, le cornet moyen dont le relief est plus accentué, et le cornet inférieur le plus volumineux des trois. Ces cornets, adhérents par leur bord supérieur, libre par leur bord inférieur, se détachent de la paroi externe, s'avancent dans l'intérieur de la cavité nasale en se retournant sur eux-mêmes de haut en bas, de façon à laisser entre leur portion ainsi recourbée et la paroi externe l'espace désigné sous le nom de méat. De même qu'il y a trois cornets, il y a trois méats. Les cornets supérieur et moyen sont une dépendance de l'ethmoïde ; quant au cornet inférieur, il est indépendant et constitué par un os spécial.

De ces trois cornets, l'inférieur est le plus long, le supérieur le plus court. Or, comme tous les trois se terminent en arrière, presque sur la même ligne verticale, en avant ils s'échelonnent de telle façon que leur longueur diminue graduellement de bas en haut. La différence

entre le cornet moyen et le cornet inférieur va jusqu'à dix millimètres. Il en résulte une différence analogue dans la longueur des méats.

Le *cornet inférieur*, par son bord supérieur, longe toute la paroi externe des fosses nasales, en s'articulant, suivant une courbe à concavité inférieure, en avant avec le maxillaire supérieur, et en arrière avec la lame verticale du palatin. C'est à la partie moyenne que la courbure est surtout prononcée. Son extrémité antérieure se termine en mourant, vers l'union de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse du nez, et à environ deux centimètres en arrière de l'entrée des narines, en se recourbant légèrement en bas, tandis que l'extrémité postérieure se recourbe quelquefois légèrement en haut sous forme de saillie plus ou moins effilée. Il est distant d'environ un centimètre du plancher nasal et, par sa forme enroulée, il limite le méat inférieur. Suivant son degré de développement, il laisse entre lui et la cloison nasale un espace variable. Le méat inférieur est concave en haut. Il présente l'orifice inférieur du canal nasal.

Le *cornet moyen* limite le méat moyen. Sa ligne d'insertion se dirige en avant, presque verticalement en haut, de manière à laisser entre lui et le cornet inférieur une large surface plane quadrilatère. Le méat moyen présente : l'orifice du sinus maxillaire, l'orifice du sinus frontal, enfin les orifices d'ouverture des cellules ethmoïdales antérieures. L'orifice du sinus maxillaire, situé au centre du méat, est quelquefois très étroit et difficile à constater sur le vivant. Il se trouve rétréci par l'application sur son pourtour des quatre os suivants : en arrière,

la portion verticale du palatin ; en bas, le cornet inférieur, qui traverse la partie la plus déclive de l'hiatus et en recouvre un large segment : en avant, l'os unguis ; en haut, l'ethmoïde, dont une lamelle osseuse, l'apophyse unciforme, se détache des masses latérales, descend jusqu'au cornet inférieur et s'articule avec l'apophyse ethmoïdale de ce dernier, croisant en sautoir l'orifice du sinus.

Le *cornet supérieur*, le plus petit et le plus court, mesure environ deux centimètres de longueur.

Cette paroi externe forme donc comme une cloison établie entre les fosses nasales et une vaste cavité située dans l'épaisseur du maxillaire supérieur : l'antre d'Highmore ou sinus maxillaire. C'est grâce à cette cavité que, après avoir échancré le bord antérieur du maxillaire supérieur qui limite l'ouverture antérieure de la fosse nasale, et réséqué la paroi interne du sinus supportant le cornet inférieur, nous aurons un jour large et suffisant pour aller atteindre la tumeur du naso-pharynx.

Avant de passer à la description rapide du naso-pharynx, un mot encore sur les fosses nasales, au sujet de leur irrigation. Bien que dans le procédé par la voie naso-maxillaire, l'opération elle-même ne donne qu'une hémorragie insignifiante, il est intéressant de consacrer quelques lignes à cette question.

Les artères de la muqueuse des fosses nasales sont très nombreuses et proviennent de la maxillaire interne et de l'ophtalmique. La première lui fournit la sphéno-palatine et la ptérygo-palatine. De la seconde naissent

les deux ethmoïdales antérieure et postérieure. La faciale, à sa terminaison, lui fournit quelques artérioles.

Quant aux veines, elles sont également très nombreuses et remarquables par leur volume. Elles accompagnent, en général, les artères ; les veines ethmoïdales vont s'ouvrir dans le sinus longitudinal supérieur, en passant par le trou borgne ; une autre veine nasale constitue l'une des origines de la veine ophtalmique, en sorte qu'en ce point existe une communication entre les deux circulations veineuses intra et extra-crâniennes.

3. — Naso-pharynx ou arrière-cavité des fosses nasales.

Le naso-pharynx, désigné encore sous le nom d'arrière-cavité des fosses nasales, fait suite aux fosses nasales.

« C'est un espace quadrilatère, limité en arrière par l'apophyse basilaire, en avant par l'orifice postérieur des fosses nasales et le bord tranchant du vomer, de chaque côté par l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, en bas par le voile du palais. Sa hauteur est de deux à trois centimètres, et sa largeur d'environ trois centimètres ; quant à sa profondeur, elle est très variable. La paroi postéro-supérieure est exclusivement formée par la face inférieure de l'apophyse basilaire, l'arc antérieur de l'atlas correspondant exactement au prolongement de la voûte osseuse du palais. Elle est très obliquement dirigée en bas et en arrière. L'axe de l'apophyse forme avec

l'horizon un angle obtus ouvert en bas et en avant. » (Tillaux) (1).

Sur les parois latérales se trouve l'orifice tubaire ou orifice pharyngien de la trompe d'Eustache. Il occupe à peu près le centre de la paroi latérale et se trouve situé à une distance de 12 à 15 millimètres du cornet inférieur et sur le prolongement de l'extrémité postérieure de ce dernier.

Enfin, détail anatomique très important : « La face inférieure de l'apophyse basilaire est recouverte par un trousseau fibreux qui offre une épaisseur considérable. Sa forme est triangulaire : le sommet s'engage entre l'apophyse basilaire et l'apophyse odontoïde ; la base regarde la cavité pharyngienne. L'importance de ce tissu fibreux vient de ce qu'il est, presque toujours, le point de départ des polypes naso-pharyngiens. » (Tillaux) (2).

(1) P. Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, t. I, p. 289. 5e édition. 1900.

(2) P. Tillaux, *Traité d'anatomie topographique*, p. 359. 11e édition. Paris. 1903.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous nous proposons de décrire ici la technique opératoire du procédé par la voie naso-maxillaire.

Voici comment l'opération peut être réglée :

Le malade est mis dans la position de Rose.

Premier temps

Incision cutanée. — Les parties molles sont incisées du premier coup à fond, jusqu'à l'os. On fait d'abord une incision transversale sur le bord inférieur de l'orbite et sur une étendue d'environ deux ou trois centimètres. Puis de l'extrémité interne de cette incision, sous l'angle de l'œil, on fait partir une deuxième incision, verticale, suivant le sillon naso-génien, jusqu'à l'insertion de la narine correspondante qui se trouve de ce fait complètement détachée Cette incision verticale peut quelquefois suffire, l'incision sous-orbitaire étant inutile ou réduite à un centimètre à peu près. (fig 1).

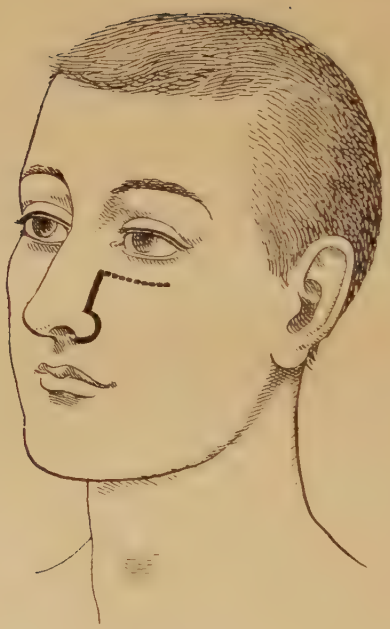

Fig. I. — Cette figure montre la forme et la situation de l'incision cutanée. La ligne pointillée est le tracé de la partie sous-orbitaire de l'incision qui n'est pas toujours indispensable.

Deuxieme temps

Décollement du lambeau cutané, — On dissèque avec soin, en dehors, le lambeau cutané, mettant ainsi à nu le rebord osseux de l'orifice antérieur des fosses nasales et la face antérieure du maxillaire supérieur sur une faible étendue.

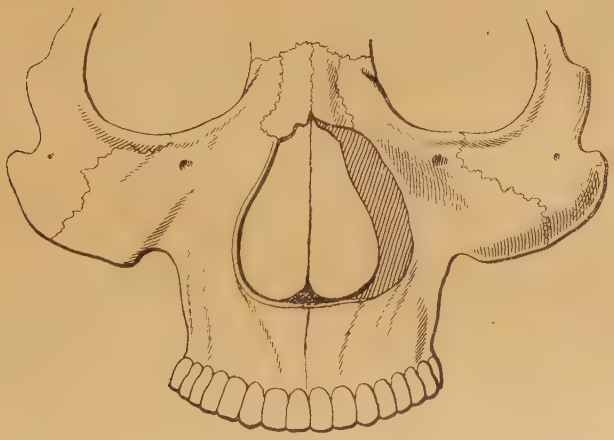

Fig. II. — Figure schématique montrant l'ouverture antérieure des fosses nasales vue de face. La partie ombrée à droite montre le segment d'os à réséquer.

Troisième temps

Section osseuse. — A l'aide d'une pince emporte-pièce on agrandit d'un centimètre environ, en dehors et en haut, l'orifice antérieur de la fosse nasale correspondante (fig. II). Cette échancrure ouvre le sinus maxillaire.

On procède ensuite à la suppression de la paroi interne du sinus et du cornet inférieur qu'on enlève très facilement à la pince emporte-pièce. La fosse nasale et le sinus ainsi réunis forment une seule cavité très large, très claire, dans laquelle les instruments évoluent facilement. Grâce au jour que donne cette large brèche, on arrive, sans difficulté aucune, sur l'orifice postérieur de la fosse nasale. Si l'ouverture postérieure ne donne pas assez de jour pour explorer la région naso-pharyngienne, il est facile de l'agrandir. Pour cela, avec la pince-gouge, on enlève une portion de la partie postérieure de la cloison des fosses nasales, et l'on a ainsi un jour suffisant pour les manœuvres nécessaires à l'ablation de la tumeur (Voir. fig. III, IV, et V).

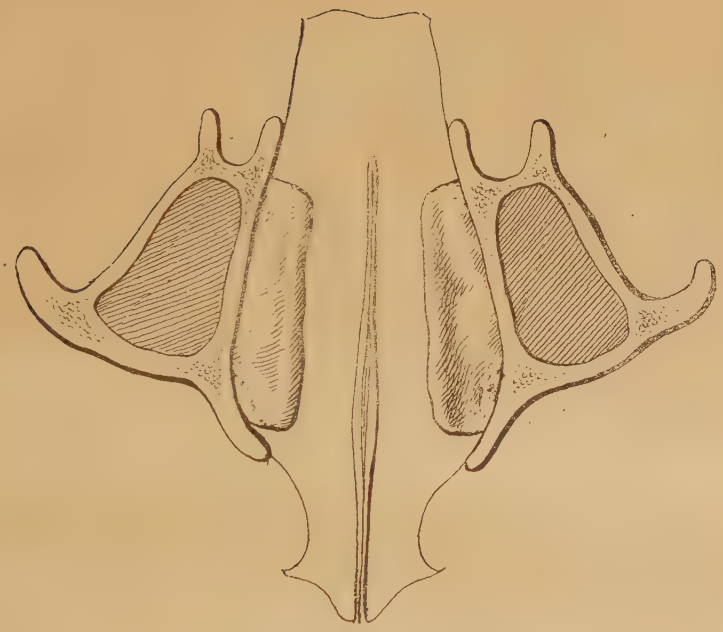

Fig. III. — Coupe schématique horizontale des fosses nasales passant au niveau du cornet inférieur.

Quatrième temps

Ablation de la tumeur. — Par des manœuvres combinées, buccales et nasales, il est facile d'extirper la tumeur du naso-pharynx à l'aide d'instruments quelconques, rugine, thermocautère, et en particulier d'une large curette de Wolkmann, très tranchante, qui permet d'évider complètement la région. L'hémorragie est arrêtée par un tamponnement naso-pharyngien énergique, avec de la gaze stérilisée qu'on peut faire sortir par l'ouverture antérieure de la fosse nasale.

Fig. IV. — Même coupe que figure 3. Les lignes pointillées représentent les parties qui doivent être réséquées.

Cinquième temps

Sutures. — La plaie cutanée est suturée par des points séparés. Enfin la narine est reconstituée par quelques points de suture. Si l'affrontement est fait avec soin, la réunion s'obtient très rapidement et le résultat est parfait.

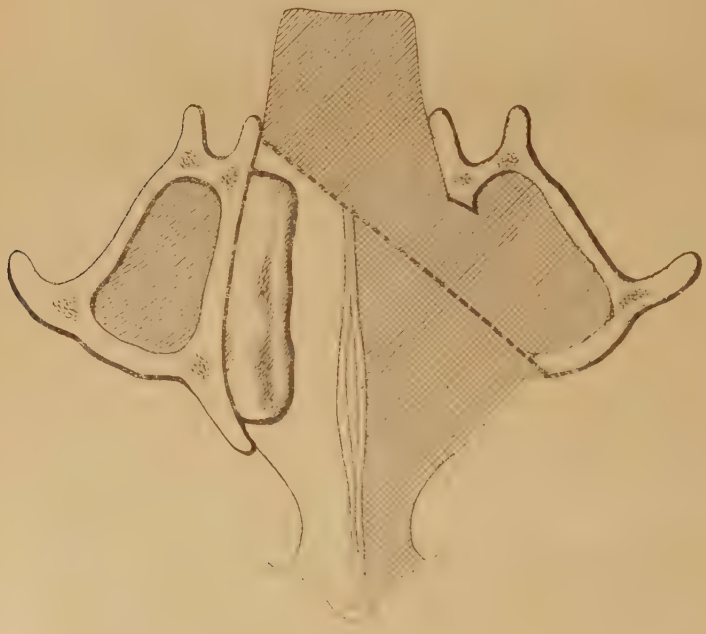

Fig. V. — Coupe schématique horizontale passant au niveau du cornet inférieur. La figure montre l'espace laissé libre après résection d'un fragment du maxillaire supérieur, de la paroi interne de son sinus et de la partie postérieure de la cloison nasale.

Appréciation. — Si nous posons en principe que le procédé le meilleur est celui qui permet d'attaquer une tumeur du naso-pharynx aussi largement que possible, en exigeant l'opération préliminaire la plus restreinte, avec le minimum de sacrifice, et qui expose le moins aux hémorragies, le procédé que nous venons de décrire, qui ne supprime presque rien, qui ne compromet rien, semble être, par ces raisons mêmes, le procédé de choix.

En effet, le procédé par la voie naso-maxillaire donne tous les avantages des voies palatine, nasale et maxillaire, sans exposer aux mêmes inconvénients. Cette méthode est d'une grande simplicité, elle donne un jour très large sur le naso-pharynx, elle n'offre pas de difficultés opératoires, elle n'exige pas d'instrumentation compliquée, on agit par un trajet direct pour enlever la tumeur que l'on va chercher à son point d'implantation. Ajoutons enfin que l'hémorragie, si grave dans les opérations portant sur l'extrémité céphalique, est insignifiante par l'opération elle-même ou, en tout cas, facile à arrêter par le tamponnement.

De plus, les suites opératoires sont des meilleures. Ce procédé ne laisse derrière lui, ni de grands désordres cicatriciels, ni d'autres troubles fonctionnels. Il n'y a pas à redouter ici ces cicatrices si marquées, cet affaissement de la joue comme dans les résections maxillaires, ni les troubles de la phonation et de la déglutition, comme dans la voie palatine, ni enfin les inconvénients relatés à propos des procédés nasaux.

Au point de vue esthétique, l'opération laisse comme

trace une cicatrice linéaire à peine perceptible, qui s'efface avec le temps.

En résumé, ce procédé est une voie commode et sûre, qui permet d'aborder largement et directement les tumeurs du naso-pharynx. Elle a l'avantage de ménager le squelette de la face, en réduisant la résection osseuse au minimum et de conserver aux traits leur régularité parfaite.

Nous croyons donc que ce sont là des titres suffisants pour faire de ce procédé le procédé de choix, et le faire passer avant les meilleures opérations préliminaires pratiquées pour l'attaque des tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales

OBSERVATIONS (1)

Observation I

Lefèvre, 37 ans. 52 boulevard Richard-Lenoir.

Ce malade m'est envoyé à la Charité. Il porte une tumeur de l'arrière-cavité des fosses nasales qui obstrue complètement l'orifice postérieur et déprime le voile du palais.

Il porte, en outre, sur le côté droit du cou, une tumeur ganglionnaire énorme, dure, adhérente aux plans profonds, sans envahissement de la peau.

Il est évident qu'il s'agit d'une tumeur maligne du naso-pharynx avec envahissement ganglionnaire.

Devant le bon état général du malade, je me décide à enlever d'abord le paquet ganglionnaire de façon à agir ultérieurement, le cas échéant, sur la tumeur du naso-pharynx.

L'opération eut lieu le 5 août 1902.

L'extirpation de la tumeur cervicale fut assez pénible, à cause des adhérences profondes. Elle était extrêmement dure, résistante, non friable. Le sterno-mastoïdien et la veine jugulaire interne furent excisés.

Quelques jours après, la cicatrisation de la plaie cervicale était complète.

(1) Ces trois observations nous ont été communiquées par M. le docteur J.-L. Faure qui nous a autorisé à les publier. Nous l'en remercions sincèrement.

J'attendis deux mois, et ne voyant au niveau du cou aucune trace de récidive, le malade se plaignant d'une gêne extrême et d'une céphalalgie violente, par suite du développement progressif de la tumeur du naso-pharynx, je me décidai à extirper celle-ci.

Cette seconde opération eut lieu le 3 octobre 1902.

Position de Rose. Anesthésie au chloroforme.

Incision à droite sur le bord inférieur de l'orbite sur une longueur de trois centimètres avec retour au niveau du pli nasogénien jusqu'à l'attache de la narine. Il s'agit en somme d'une désinsertion complète de la narine avec incision le long du rebord osseux de l'orifice antérieur des fosses nasales et du bord inférieur de l'orbite.

La face antérieure du maxillaire est dénudée sur une faible étendue et avec une pince emporte-pièce j'agrandis d'un centimètre environ en dehors et en haut l'orifice antérieur de la fosse nasale droite. Cette échancrure ouvre le sinus. J'enlève rapidement la paroi interne du sinus avec le cornet inférieur, et j'arrive ainsi sans aucune difficulté sur l'orifice postérieur des fosses nasales. La partie postérieure de la cloison est également enlevée à la pince-gouge, et j'ai ainsi beaucoup de jour sur la tumeur qui remplit le naso-pharynx. Elle est enlevée avec une curette de Wolkmann et tout le naso-pharynx est énergiquement curetté, nettoyé et cautérisé avec le Paquelin. L'hémorragie assez forte est arrêtée par un tamponnement énergique et la plaie est suturée.

Quelques jours après le malade sort guéri sans incident.

Deux mois après signe de récidive du côté du cou.

Revu en mai 1903 en pleine récidive cervicale.

Observation II

Mme Ren..., 63 ans.

Cette malade est atteinte d'un épithélioma du naso-pharynx,

avec oblitération de l'orifice postérieur de la fosse nasale droite. Le voile du palais est abaissé, mais non adhérent à la tumeur. Céphalalgie, amaigrissement.

Le 7 novembre 1902, opération.

Position de Rose.

Incision sous-orbitaire et le long de l'aile du nez, avec désinsertion de la narine. Avec une pince-gouge, le rebord osseux de la fosse nasale est échancré, le sinus est ouvert et sa paroi interne est enlevée avec le cornet qu'elle supporte.

On a alors un jour considérable sur l'orifice postérieur de la fosse nasale, comblée par la tumeur mollasse et saignante. Elle est enlevée à la curette. Tout le naso pharynx est nettoyé, ruginé, cautérisé, le tout sans grande perte de sang. Tamponnement avec deux mèches de gaze stérilisée sortant par la narine. Suture soigneuse et reconstitution de la narine.

Mèches enlevées le 2e jour.

Le 3e jour, le malade se lève ; les fils sont enlevés le 8e jour, et la malade sort guérie le 15e jour.

Elle n'a présenté aucun accident opératoire. Mais, deux mois après, des traces de récidive ont apparu, qui n'ont fait que progresser depuis lors.

Observation III

Dag..., 18 ans.

En novembre 1902, extirpation à l'anse galvanique d'un polype naso-pharyngien.

Reproduction rapide de la tumeur.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agit d'une tumeur très vasculaire. Le point d'implantation est situé sur le côté gauche.

Le 16 février 1903, opération.

Position de Rose.

Désinsertion de l'aile du nez et incision sous-orbitaire de 2 centimètres.

Extirpation à la pince-gouge de la paroi antérieure du sinus et de toute sa paroi interne avec le cornet inférieur.

On aperçoit alors la tumeur du naso-pharynx, grosse comme une noix et implantée sur l'apophyse basilaire, à gauche.

Il est facile, par des manœuvres combinées, buccales et nasales, de tout extirper à la curette. Hémorragie assez abondante, arrêtée par le tamponnement.

Sutures soignées après quelques ligatures.

Le 4e jour, le malade se lève. Fils enlevés le 8e jour.

Sort le 25 février en excellent état.

Très bon résultat plastique.

Actuellement (fin novembre), état général et local parfait.

CONCLUSIONS

1° La voie naso-maxillaire est destinée à faciliter l'accès des tumeurs naso-pharyngiennes. C'est une combinaison des méthodes nasale et maxillaire en ce qu'elle utilise l'ouverture antérieure des fosses nasales qu'elle élargit par la résection d'un fragment du maxillaire supérieur.

2° Sans présenter les inconvénients des autres opérations préliminaires, la voie naso-maxillaire semble offrir le maximum d'avantages. En utilisant à la fois, la cavité des fosses nasales et celle du sinus maxillaire, elle ouvre ainsi vers le pharynx nasal une voie large et claire qui permet d'explorer directement le naso-pharynx et d'y pratiquer avec facilité les manœuvres nécessaires à l'extirpation des diverses tumeurs qui peuvent s'y développer.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

TILLAUX.

Vu : LE DOYEN,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1886 ; 1894, page 809 ; 1896 page 43.

BŒCKEL. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1872, n° 1. page 2. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879, page 719, 13 août ; *in Traité des resections* de O. Heyfelder, trad. fran. par Bœckel, 1863. page 294.

CALIGNON. — De l'extirpation des polypes naso-pharyngiens *Thèse* de Lyon 1879.

CASTEX. — *in Traité de Chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et Delbet, tome V, page 573 ; *Maladies du larynx, du nez et des oreilles*, 2me édition, Paris 1903.

CHASSAIGNAC. — *Traité de l'écrasement linéaire*. 1856. page 430. *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*, tome II, page 448, Paris 1862 ; *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 16 juillet 1873.

DEMARQUAY. — *Gazette hebdomadaire* 19 août 1862. page 554. *Bulletin de la Société de Chirurgie* 13 juillet 1864.

DESPRÈS. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 31 janvier 1866.

DESPREZ (E.). — Des polypes naso-pharyngiens et de leur traitement par un nouveau procédé. *Thèse* de Paris 1857.

DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, tome IV, page 715, 2e édition Paris 1898.

Mathias-Duval. — Etude sur la valeur relative des procédés de section du maxillaire supérieur applicables à l'extraction des polypes nasaux et naso-pharyngiens. *Thèse* de Strasbourg, 1869

Follin et Duplay. — *Traité élémentaire de pathologie externe* tome III, page 833.

Flaubert. — *Archives générales de médecine* 1840. 3me série, tome VIII, page 436.

Fontan. — *Congrès français de Chirurgie* 1888. tome III, page 607.

Forgue et Reclus. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*. tome II, page 303, 2e édit., Paris. 1898.

Garel. — Diagnostic et traitement des maladies du nez. Paris, 1901.

Gérard-Marchant. — *In Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, tome IV, page 715.

Goguel. — De la résection temporaire des os de la face. *Thèse* de Paris, 1875.

Gosselin. — Traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens. *Thèse* de concours, 1850 ; Clinique chirurgicale (Hôpital de la Charité), tome I, leçon 8, page 92, 2e édit., Paris, 1879.

Guyon (F.). — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1873, page 355.

Heyfelder (O). — *Traité des résections*, trad. franc., par Bœckel, 1863, page 294.

Huguier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 13 mars 1852, page 491 et 8 nov. 1854, p. 498 ; 1860. page 39 et 28 mai 1861 ; *Gazette des hôpitaux*, 1861, page 337.

Jordan. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1899 (de l'extirpation des fibromes de la base du crâne. *Munch. med. Woch*, 1898, page 653).

Jullien. — Des procédés d'ablation des polypes naso-pharyngiens. *Thèse* de Paris, 1892.

Kirmisson. — Des opérations préliminaires en général. *These*

de Paris, 1879 ; Manuel de pathologie externe, tome II ; *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, page 45.

Legouest. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 11 janv. 1860, page 419, 29 nov. 1865, 1866, page 523.

Langenbeck. — *Deutsche Klinik* 1859, n° 48, page 471 et 1861, n° 29 ; *Gazette hebdomadaire*, 27 janv. 1860, p. 50 ; *Méd. Times*, 1861, tome II, page 255.

Lannelongue. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 25 juin 1873.

Lawrence. — *Médical Times and Gaz.*, 1862, vol. II, p. 491.

Le Dentu et Delbet. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, tome V, page 572, Paris, 1901.

Michaux. — *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1853, tome XII, page 340.

Monbouyran. — Tumeurs rares du naso-pharynx. *Thèse* de Paris, 1896.

Monod et Vanverts. — *Traité de technique opératoire*, tome I, pages 155, 157 et 793, Paris, 1902.

Morell-Mackenzie. — *Traité pratique des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne*, trad. franç., par Moure et Charazac.

Nélaton. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 8 janvier 1849, *Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale*. 2me édit. Paris 1874, t. III, page 766.

Ollier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 6 janvier 1866, page 263 ; 13 juillet 1864 ; 1867, page 263 ; 15 mai 1889 ; Lyon médical, 9 décembre 1888. *Traité des résections*, tome III, pages 777, 813 et suivantes. Paris 1891.

Palasciano. — *Bulletin de la Société de chirurgie* 1860, page 372 ; *Moniteur des Sciences*, 29 août 1860, page 393.

Péan. — *Clinique chirurgicale* (Hôpital Saint-Louis), tome II. Paris 1879.

Poirier. — *Traite d'anatomie humaine*, tome I. Paris 1902.

Pozzi. — *Gazette hebdomadaire* 1874, page 576. Congrès de Lille 1874, (association française pour l'avancement des sciences).

Quénu. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 13 juin et 2 novembre 1894, pages 520 et 811.

Rampolla. — *Bulletin de la Société de chirurgie* 1860, page 140.

Ricard et Launay. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, pages 309 et suivantes. Paris 1903.

Richet. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 13 juillet et 3 août 1864, pages 342 et 376 ; 21 janvier et 14 mars 1866.

Robin-Massé. — Des polypes naso-pharyngiens au point de vue de leur traitement. *Thèse* de Paris 1864.

Rouairoux. — De la rhinotomie médiane comme opération préliminaire. *Thèse* de Paris 1891.

Roux. — *Gazette des Hôpitaux* 1861, page 354,

Servel. — De la résection temporaire totale du maxillaire supérieur. *Thèse* de Montpellier 1889.

Terrier, Guillemain et Malherbe. — Chirurgie de la face. Paris, 1897.

Testut. — *Traité d'anatomie humaine* tome I et III, Paris 1901.

Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique*. 11e édition. Paris, 1903, et *Traité de chirurgie clinique*, 5e édition. Paris, 1900.

Trélat. — *Clinique chirurgicale*, tome I. Paris 1891. *Bulletin de la Société de chirurgie* 1893.

Tuffier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 21 novembre 1894, page 776.

Velpeau. — Elements de médecine opératoire, tome III, page 597. Paris 1839. *Gazette hebdomadaire* 1860, page 427. *Bulletin de la Société d'anatomie* 1860, tome XXXV.

Verneuil. — *Gazette hebdomadaire* 1860, page 39 ; *Bulletin de la Société de chirurgie*, années : 1860 page 144 ; 1863 page 88 ; 1866 pages 78 et 264 ; 1873 page 491 ; 1885 page 248 ; 1893 page 262 , 1894 page 806.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.